

SISTEMA EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICOS DE LAS DEFUNCIONES

ANEXO 8

SECRETARÍA DE SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA
FORMATO DE RATIFICACIÓN O RECTIFICACIÓN DE DEFUNCION POR
PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



1.-DATOS DE LA DEFUNCION

Folio del certificado de defunción: 170640334

Nombre del fallecido: JUAN ANTONIO ZAVALA GALAVIZ
Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno

Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino Institución de Derechohabencia: I.M.S.S.

Edad: 4 2 Desconocido: CALLE FUNDADORES 180 SDGS
Horas Días Meses Años

Lugar de residencia habitual: SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ SAN LUIS POTOSI
Municipio Entidad

Fecha de defunción: 2 8 0 2 2 0 1 7 Oficialia:

Certificada por: Médico Tratante ☐ Otro médico ☒ Médico legista ☐ Otro

Nombre del certificante: DRA IBETH GALVAN ORELLANA

2.-CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Causas	Intervalo	Código CIE-10	Código CIE-10 de la
I a) INSUFICIENCIA VENOSA REFRACTARIA	5 DIAS		
b) NEUMONIA ATIPICA	1 SEMANA		
c)			
d)			
II			

Causa sujeta a vigilancia epidemiológica: NEUMONIA ATIPICA Código CIE-10

3.-RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA

La causa sujeta a vigilancia epidemiológica: NEUMONIA ATIPICA Ratifica ☒ Rectifica ☐

Causas después de la investigación	Intervalo	Código CIE-10	Código CIE-10 de la Causa Básica
I a) NEUMONIA ATIPICA POR INFLUENZA AH1N1	7 DIAS		
b)			
c)			
d)			
II			

Fecha de recolección: 1 3 0 3 1 7 Inicio de estudio: 1 3 0 3 1 7
Día Mes Año Día Mes Año

Fecha de conclusión: 1 3 0 3 1 7 Reporte a INEGI/SS: 1 3 0 3 1 7
Día Mes Año Día Mes Año

Observaciones:

Nombre del responsable de la investigación: DRA CELIA PEREZ GARCIA

Cargo: EPIDEMIOLOGA Firma:

4.-DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)

Tipo de documento: Núm. De paquete: Núm. Acta: Folio de captura:

Nombre del codificador: Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno Firma

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/ MF No. 1

RESUMEN CLINICO

PACIENTE: ZAVALA GALAVIZ JUAN ANTONIO

EDAD: 42 A

UMF ADSCRIPCION: 45

FOLIO CERTIFICADO: 170640334

FECHA DEFUNCION: 28/02/2017

NSS: 4199821219

SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 42, INGRESA CON EL DIAGNOSTICO DE NEUMONIA POR INFLUENZA, INICIO SU PADECIMIENTO ACTUAL EL 20 DE FEBRERO CON TOS, PRODUCTIVA, RINORREA HIALINA, FIEBRE NRT, CONGESTION NASAL, ACUDE CON MEDICO PARTICULAR QUIEN INDICA ANTIBIOTICOS NO ESPECIFICANDO SIN MEJORIA. ACUDE CON OTRO MEDICO PARTICULAR CON TRATAMIENTO A BASE DE INYECCIONES NO ESPECIFICANDO, TAMBIEN SIN MEJORIA. SE AGREGA DISNEA MOTIVO POR LO QUE ACUDE A IMSS. A SU INGRESO CON SIGNOS VITALES 110/70, FC 117x", T37o, FR 36x", SATURACION O2 54%, ORIENTADO COOPERADOR, ALERTA, DISNEA DE MINIMO ESFUERZO. PALIDEZ DE TEGUMENTOS. EF NEUROLOGICAMENTE INTEGRO, LIGERA PALIDEZ DE TEGUMENTOS, TOLERA VO, CAMPOS PULMONARES CON PRESENCIA DE ESTERTORES CREPITANTES BIBASALES. PRECORDIO RCR SFA.

SE TRASLADA DE HGZ 50 A HGZ 1 POR ZONIFICACION, EN DONDE SE CONSIDERA DIAGNOSTICO POR NEUMONIA ATIPICA Y SE INICIA OSELTAMIVIR, SE TOMA MUESTRA PARA INFLUENZA, EL PACIENTE PRESENTA DETERIORO RESPIRATORIO, SATURACION DE O2, 42%, SE PROCEDE A INTUBACION, PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO. SIN RESPUESTA A MANIOBRAS DE RCP AVANZADO

FALLECE EL 28/02/2017

RESULTADO DE MUESTRA PARA INFLUENZA POSITIVA , A H1N1 EL 10 03 17

ATTE

DRA Celia Pérez García